



**Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation Phase B**

**Bitte Anmeldeformular mit Frühreha-Barthel-Index per Fax an:**

Sekretariat Chefarzt Dr. Andres  
Klinik für Neurologie und Frührehabilitation  
Neurologische Frührehabilitation Phase B /Ermstaklinik Bad Urach  
Stuttgarter Straße 100, 72574 Bad Urach

**Fax: 07125-159- 371**

**Tel. Belegungsmanagement: 07125-159-159**

**Anmeldende Klinik & Station:**

Ärztlicher Ansprechpartner (Name, Tel.):

Ansprechpartner Sozialdienst (Name, Tel.):

**Patientendaten:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Pflegegrad vorbestehend:

1  2  3  4  5  keiner

Angehörige:

Vollmacht / Betreuung:

Kostenträger:

Versicherungsnr.:

**Hauptdiagnose:**

**Nebendiagnosen:**

**spezielle Medikamente/ auch Sonderanforderungen:**

Psychopharmaka

Zytostatika

Immunsuppressiva

.....



Wenn **Infektionsstatus**  positiv, bitte ausfüllen:



**4MRGN**  **3MRGN**  **MRSA**   **Noro**  **Clostridien**  .....  
 oral  anal  Urin  Wunde  .....  **VRE**  **HIV**  **Hepatitis**

**Funktionsstörungen und Hilfsmittel:**

Psychosyndrom:  desorientiert  agitiert/unruhig  fremd-/eigengefährdet  suizidgefährdet  
 Vigilanz:  wach  somnolent/soporös  komatös  
 Hemiparese  Hemiplegie  
 Tetraparese  Tetraplegie  
 Aphasie / Kommunikationsstörung  
 Schluckstörung  Ernährung parenteral  oral  
 Dekubitus, chronische Wunden  
 vorbestehende Demenz  
 Adipositas >130kgKG  
 Frakturen / Fixateur externe  
 Lokalisation: \_\_\_\_\_ übungstabil ja  nein

**Wichtige medizinische Prozeduren:**

Beatmung  BiPAP  CPAP/ASV  feuchte Nase.....h/d  
 Trachealkanüle  dilatativ  plastisch  
 Sauerstoff-Bedarf  
 zentraler Venenkatheter  
 nasogastrale Sonde  PEG  PEJ  
 Stoma:.....  
 transurethraler Blasendauerkatheter  
 suprapubischer Blasendauerkatheter  
 **Dialyse notwendig**

**Bemerkungen/ Ergänzungen:**

**Bitte Frühreha-Barthel-Index vollständig ausfüllen! (Anlage)**

**Datum:**

**Stempel, Unterschrift:**



**Frühreha-Index FRI**

1	Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
2	Absaugpflichtiges Tracheostoma	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
3	Intermittierende Beatmung <input type="checkbox"/> nicht invasiv <input type="checkbox"/> invasiv	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
4	Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung: <input type="checkbox"/> Weglaufgefährdung <input type="checkbox"/> geschlossene Unterbringung	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
5	Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung: <input type="checkbox"/> Fixierungsbedarf	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
6	Schwere Verständigungsstörung	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -25 <input type="checkbox"/> 0
7	Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung (unter Supervision)	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
<b>Σ Pkt. 1 - 7</b>			

**Barthel-Index BI**

8	Essen & Trinken	nicht möglich / Ø PEG mit Unterstützung / PEG komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
9	Aufsetzen & Umsetzen	nicht möglich erhebliche Hilfe geringe Hilfe (geschulte Laienhilfe) komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15
10	sich Waschen	nicht möglich komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5
11	Toilettenbenutzung	nicht möglich mit Unterstützung (Toilettenstuhlbenutzung) komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
12	Baden & Duschen	nicht möglich komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5
13	Aufstehen & Gehen	nicht möglich mit Rollstuhl selbständig mit Hilfsmittel 50m komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15
14	Treppen auf- und absteigen	nicht möglich mit Unterstützung komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
15	An- & Auskleiden	nicht möglich mit Unterstützung komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
16	Stuhlkontinenz	> 1x/Woche inkontinent mit Unterstützung / AP Anlage komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
17	Harnkontinenz	> 1x/Tag inkontinent mit Unterstützung / DK komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
<b>Σ Pkt. 8 – 17:</b>			
<b>Summe FRI + BI:</b>			